

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210152212 Vítima: Maria Jose de Sousa

Data do Acidente: 29/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210152212

Vítima: Maria Jose de Sousa

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **Maria Jose de Sousa**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **000000007423-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento

Informações Cadastrais

CPF: 009.897.694-02

Nome: Maria José de Sousa

Data de Nascimento: 16/10/1943

Renda Mensal: R\$100 a R\$1.000,00

Dados Bancários

Titular da Conta: Maria José de Sousa

Tipo de Conta: Conta Poupança

Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agencia: 0733-

Conta: 00007423-0

☒ Autorizo a Seguradora Lider a fazer o pagamento para fins de indenização na conta descrita acima.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 005/2016

Ocorrência nº. 969/2019

Aos DOIS (02) dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Itabalana/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **JOSÉ DE ARIMATEA MORAIS DA SILVA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão de polícia Bruno César G. Monteiro, ai, por volta 10h00min, compareceu a **PESSOA** a seguir qualificada:

MARLETE DOMINGOS LOURENÇO, brasileira, casada, natural de Itabalana-PB, nascida em 23.12.1954, com 65 anos de idade, filha de Manoel Felix Pereira e de Maria Domingos Pereira, RG nº 2502.128 SSP/PB, CPF nº 735.562.794-34, residente na Rua Joaquim Vieira de Abreu, 26, Itabalana-PB, centro, fone: 83 99131-6786.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) **Natureza do fato:** LESÃO CORPORAL (TRANSITO) e OMISSÃO DE SOCORRO;

2) **Data do fato:** 29.12.2019;

3) **Horário do fato:** 15h30min

4) **Local do fato:** Rua Santa Rita, centro, Itabalana-PB.

5) **Breve resumo do fato:**

Afirma a notificante que estava indo para um sepultamento, que estava ocorrendo na Mortuária São Luiz, a qual estava acompanhada DONA ZETINHA; QUE ao caminhar pela calçada na Rua Santa Rita, ouviu um barulho e ao olhar para trás, foram surpreendidas por um veículo desgovernado o qual colidiu com ambas; QUE a notificante foi arremessada ao chão e DONA ZETINHA do mesmo modo; QUE VANDEBERG o qual estava trafegando na referida via, presenciou o acidente, e ao perceber que se tratava de MARLETE e DONA ZETINHA, foi ao encontro de ambas e pediu ajuda para o SAMU, BOMBEIRO e a Polícia Militar; QUE a causadora do acidente trata-se da pessoa de LAYA, residente na Rua Santa Rita, próximo a João da Bicicleta, a qual não prestou socorro, bem como evadiu do local, com o automóvel do acidente; QUE populares também, chamaram a sua filha JAQUELINE NADJA LOURENÇO AMORIM, a qual acompanhou em carro particular a remoção de sua genitora para o Hospital de Trauma; QUE as viaturas do SAMU e da Polícia Militar se fizeram presente no local, e a do SAMU removeu a notificante, para o Hospital de Trauma, e DONA ZETINHA para Trauma; QUE a notificante foi atendida no citado hospital permanecendo por algumas horas e DONA ZETINHA, até a presente data (02.01.2020) continua hospitalizada; QUE a notificante foi medicada, bem como foi submetida a alguns exames, tais como raio - x e tomografia; QUE está fazendo uso de antibióticos e anti-inflamatórios, devido ao corte na cabeça e muitas escoriações devido a pancada; **QUE deseja representar criminalmente contra a pessoa de LAYA.**

6) **Testemunhas:**

VANDEBERG DE LIMA FREIRE,

7) **Noticiado:**

LAYA, residente na rua Santa Rita, Itabalana-PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO HÁ

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

Marlete Domingos Lourenço
MARLETE DOMINGOS LOURENÇO
Comunicante

Bruno César G. Monteiro
BRUNO CÉSAR G. MONTEIRO
Matrícula nº 168.605-4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/202

Ocorrência nº 480/2021

Aos 02 dias de SETEMBRO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de Itabaiana/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade, Delegado de Polícia Civil Tiago Vasconcelos Sandes, comigo, Escrivão Ad-Hoc, aí, por volta das 10h30m, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

MARIA JOSÉ DE SOUSA, brasileira, com 77 anos de idade, nascida aos 16/10/1943, natural de Itabaiana/PB, aposentada, alfabetizada, filha de Celestino GALDINO Alves e de Maria Augusta Alves, CPF nº 009.897.694-02, RG nº 703.300-2ª via-SSP/PB fone : 83 - 994039527.

A quem em lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue

- 1) Natureza do fato: ; **ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (atropelamento)**
- 2) Data do fato: **29/12/2019;**
- 3) Local do fato: **RUA SANTA RITA , CENTRO, ITABAIANA/PB**
- 5) Breve resumo do fato:

Conforme a noticiante pelo BO 970/2019, **MARIA JOSÉ DE SOUSA** , NÃO ESTAVA DENTRO OU CONDUZINDO NENHUM VEÍCULO . POIS ESTAVA CAMINHANDO PARA UM VELÓRIO OCASIÃO EM QUE A PESSOA TÃO CONHECIDA POR " LAYA", ATROPELOU A NOTICIANTE A QUAL FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA ONDE FOI SUBMETIDA A TRÊS CIRURGIAS E ATÉ A PRESENTE DATA FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO DEVIDO AS LESÕES SOFRIDAS . NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc, que digitei.

Maria José de Sousa

MARIA JOSÉ DE SOUSA
NOTICIANTE

Genoveva Gomes da Silva

GENOVEVA GOMES DA SILVA
ESCRIVÃ AD-HOC
Mat. 937-7

Declaração de Inexistência de IML

[X] Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- * Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- * O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- * O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/09/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321015221201

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000007423

Número da Autenticação

9BF40F1AA690F8D1



© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 101–108

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 105–112

1600

100

© 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 267: 105–112



ITABAIANA

GOV. DO ESTADO DO PARANÁ



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192

FICHA DE ATENDIMENTO			
Data 29/12/19	☐ USB ☒ USA	Hora de saída da base 15:29	Hora de chegada ao local 15:32
Paciente: MARA JOSÉ DE SOUZA		Idade: 73 Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	
Local de ocorrência: Rua Doutor João Honório		Protocolo: 206545551	
Médico Regulador: Dr. Henrique		Intercorridas: ☐ QTA ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Óbito no local	
Natureza da ocorrência: ☐ Clínico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☒ Trauma ☐ Queda de moto ☐ FAF ☐ FAF ☐ Queda ☒ Atropelamento ☐ Choque elétrico ☐ Agressão física ☐ Capotamento ☐ Colisão			
☐ Transferência: Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:			
Destino do paciente: ☐ Atendido no local ☒ Atendido e encaminhado à unidade hospitalar ☐ Óbito durante o atendimento Destino (unidade hospitalar): Responsável e Função (assinatura e carimbo):			
Dados vitais PA: 100 x 60 FC: 85 Bpm FR: 18 Irrm Hgt: 1.73 % SpO2: 99 % L/min: 12 T: 36.5 °C			

Sistematização da Assistência de Enfermagem:

Diagnóstico de Enfermagem: INTEGRAÇÃO DA PELE PREJUDICADA
Intervenções: INTEGRAÇÃO EM TRANÇA ROXA + AVP SEL, TRANSMAN E/ou DILATAÇÃO
Evolução do enfermeiro:
PCT. NÍVEL DE ATROFAMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA GLASGOW 15,
APRESENTANDO FRATURA ABERTA E LA CEMASO NA PELE COM
EXPOSIÇÃO MUSCULAR EM NÍVEL SENOR PARA TAO INOBSTRUSÃO
DA FRATURA, COM TENSÃO DA FLENO NA ORA E ENCAMINHADA
A UNIDADE HOSPITALAR SENDO RECEBIDO NA
URGÊNCIA.

Dr. Daniel Mendes Falcão
COREN-PB 11.111.111



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente Maria José de Sousa
R.G. 703.300 - SSP/PB Prontuário Médico de nº 2019.12.003.189
Residente Rua: Joaquim Vieira de Alencar nº 14, Bairro Centro
Cidade / Estado Itabiana / Paraíba, encontra-se interno (a) neste Hospital, na Enfermaria / Leito
AT- 29/426 desde o dia 29 / 12 / 2019 até a presente data.

Nada mais a declarar.

João Pessoa -PB. 09 / 01 / 2020

Mônica Coutinho
Assistente Social
CRESS 1403

Assistente Social - Plantonista

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

Depressão
Depressão

PRONTUÁRIO

Nº: *2019103185*

24/12/19

NOME DO PACIENTE:		
<i>Maria José de Souza</i>		
ENFERMARIA:	<i>29</i>	LEITO:
	<i>426</i>	<i>426</i>



RECETUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: MARIA JOSE DE SOUSA

Laudo médico

Paciente, 77 anos, viúva,
de Marabá, PA, 29/12/19
com fratura completa e
penso (E) e lesão extensa
de pele e penso (D) e (E)
esta com tratamento ambu-
torial, com encaminhamento
a II (E).

CID: S82.4 + S8J + Q72.


Dr. Yuri Godinho
CRM 11.537 PB
Ortopedia e Traumatologia
05/10/20 - Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo

FICHA DE ADMISSÃO DA SGA

Pront: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: 18:00
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____
 Ref: _____
 Id. T: _____

PARAMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	ALTA
CONSCIÊNCIA			
ACORDADO	2	2	2
RESPONDENDO AO CHAMADO	1		
NÃO RESPONDENDO	0		
RESPIRAÇÃO			
CAPACIDADE DE PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	2	2
DISPNEIA	1		
APNEIA	0		
CIRCULAÇÃO			
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1		
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0		
ATIVIDADE MUSCULAR			
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4		
MOVIMENTO MUSCULAR DE	2		
AUSENCIA DE MOVIMENTO	1	1	1
COLORAÇÃO DA PELE			
ROSADEO QUENTE	0		
PALEDO, TENDONOSO, ICTERICO	2	2	2
CIANOTICO	1		
TOTAL	0		

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORARIO	ASSINATURA

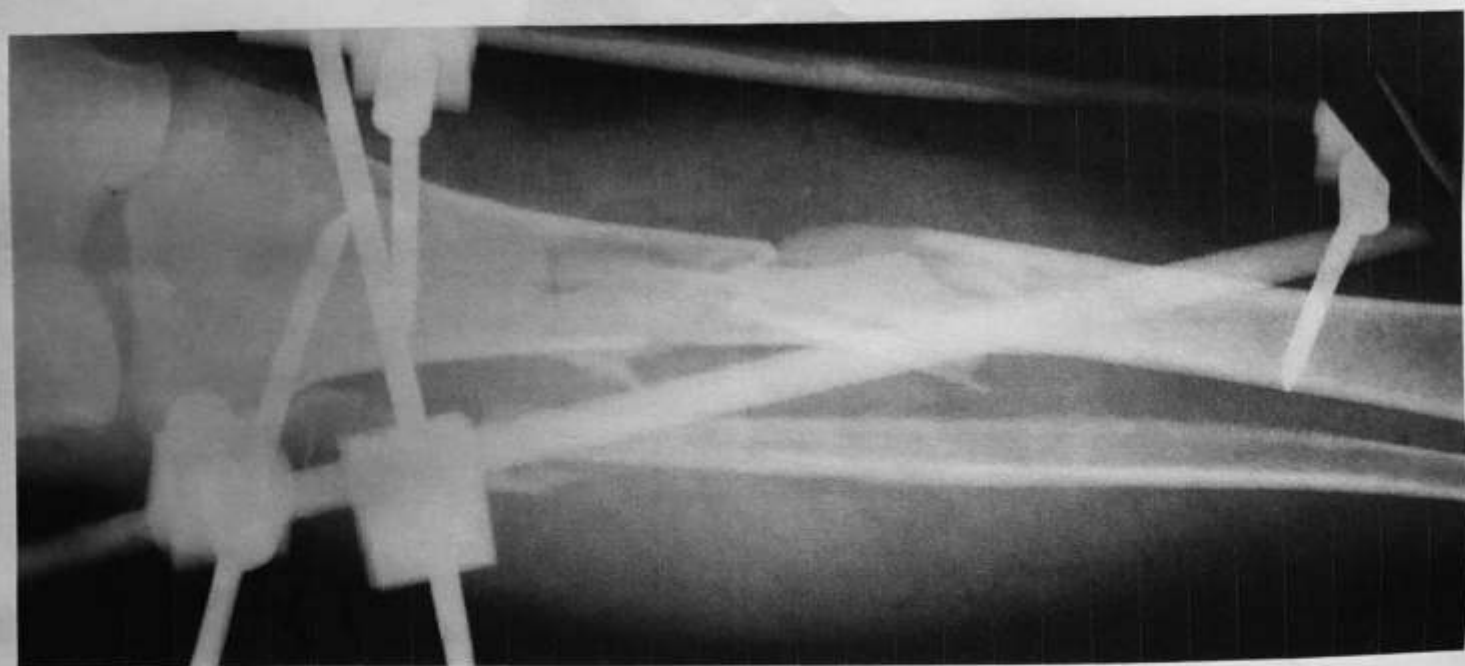
Dr. Mario Augusto
Cruz, 5/11/98

www.oxfordjournals.org

Not to be placed into any container that is not clearly labeled.

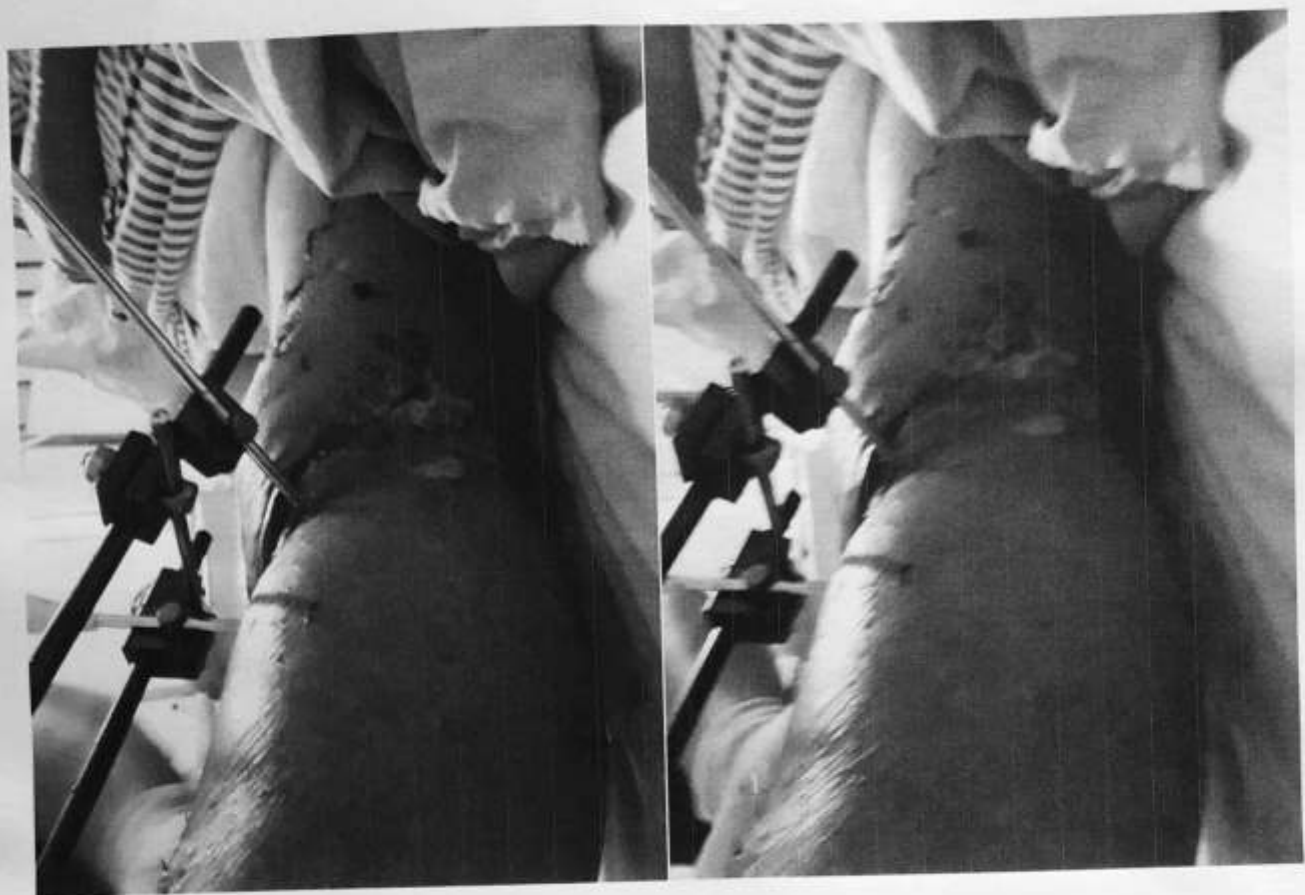


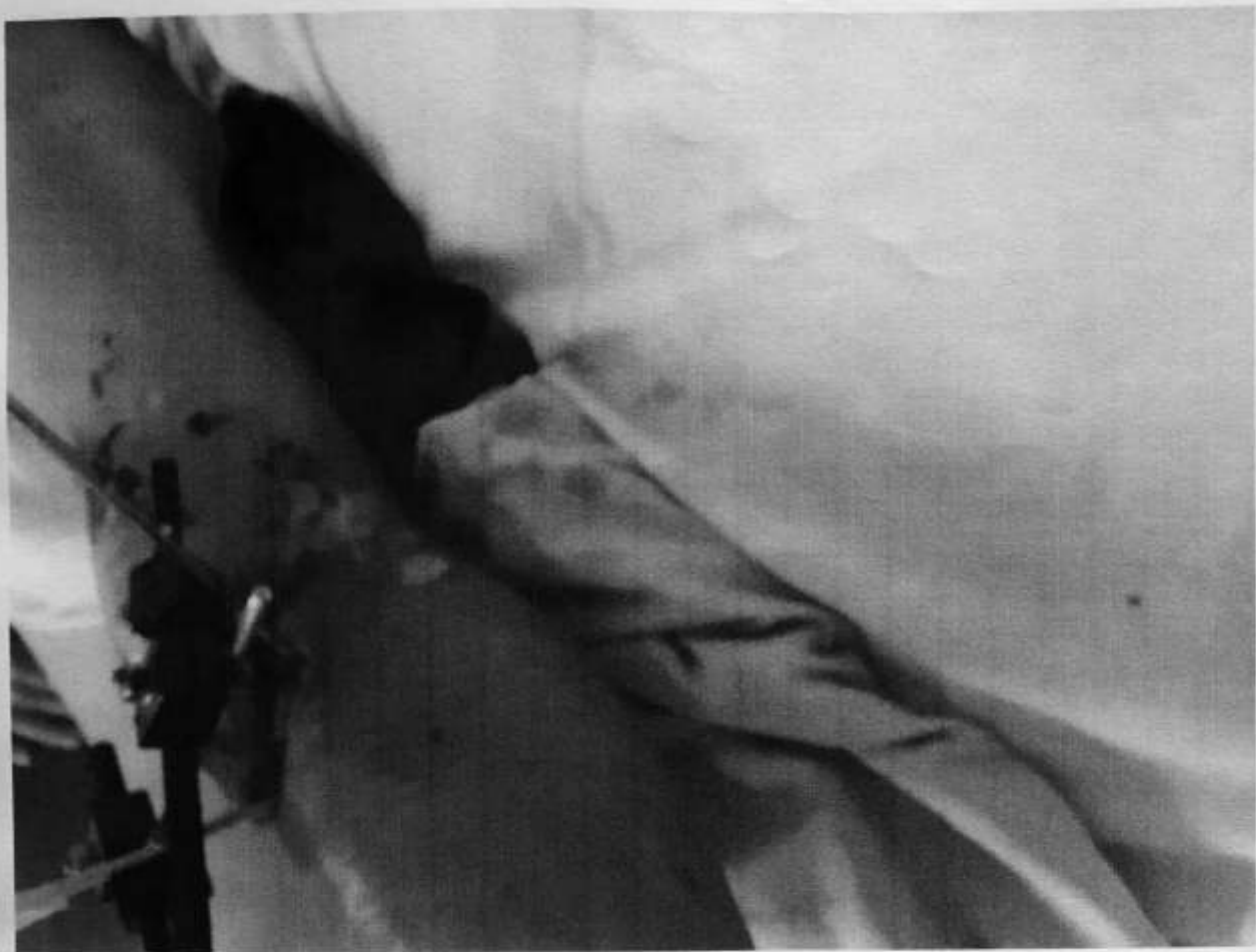




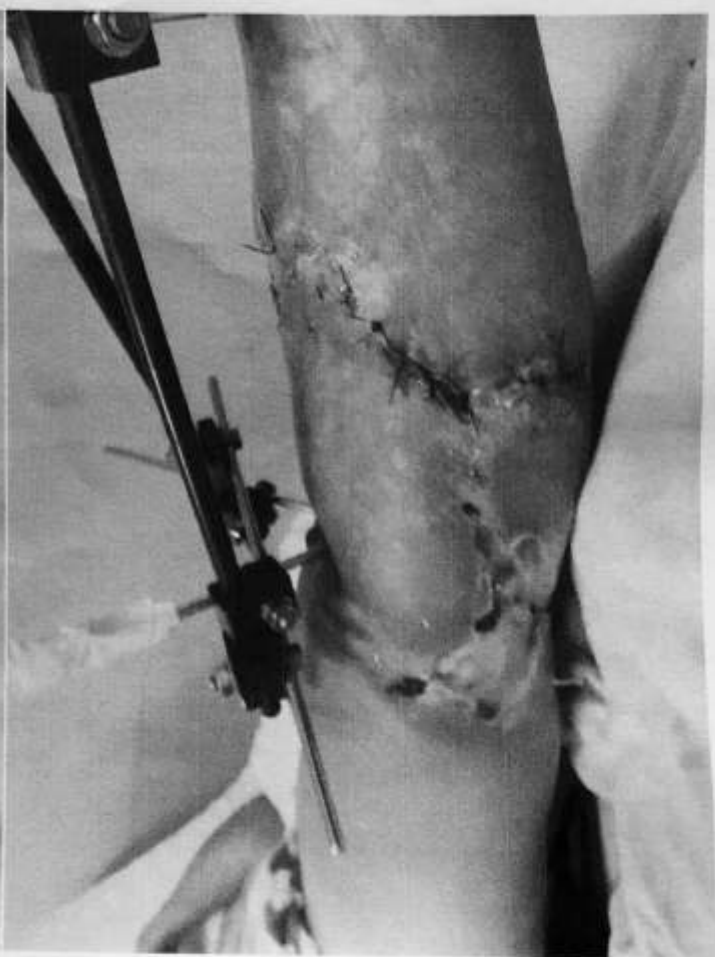














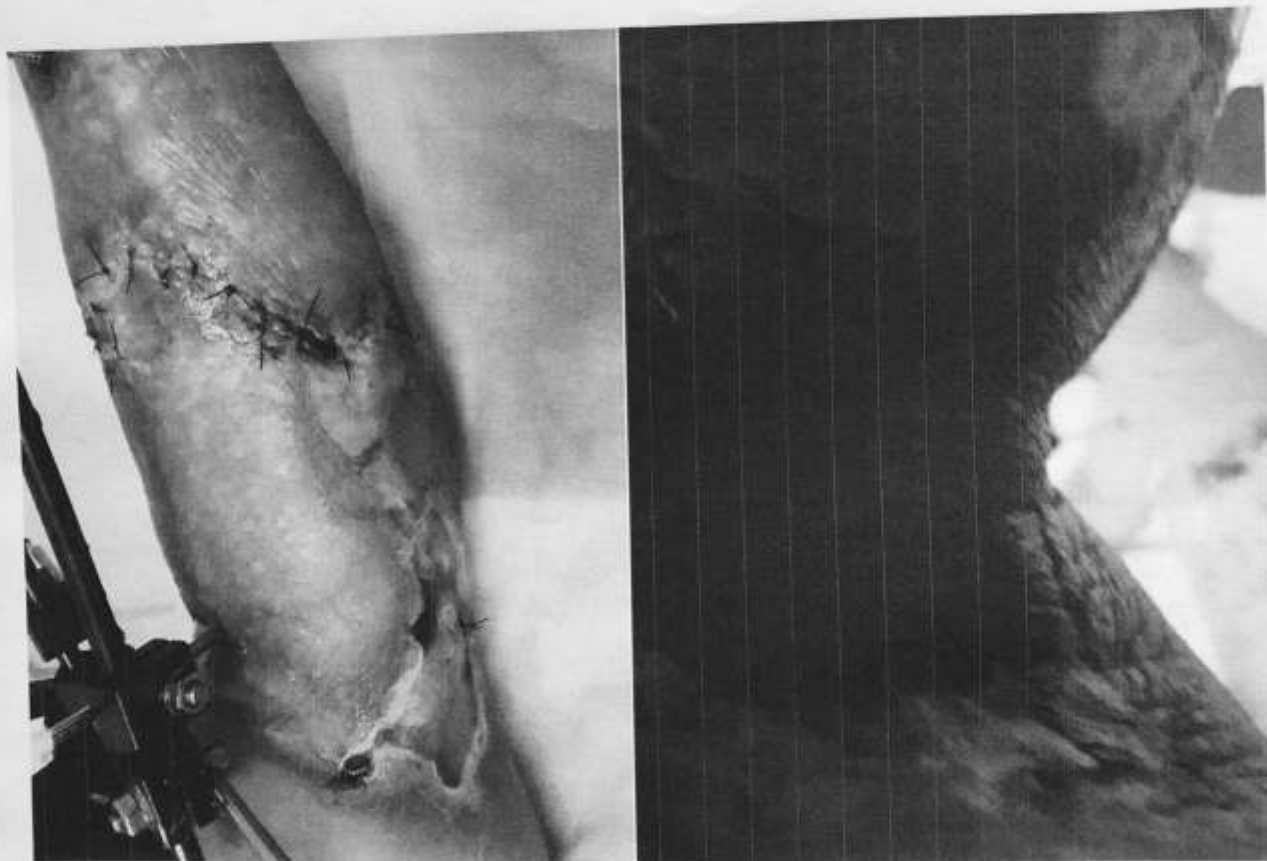




















HISTÓRICO DA DOENÇA ANTECEDENTES DO PACIENTE ANTECEDENTES DA DOENÇA ATUAL		CID
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO (O MESMO)		CÓDIGO
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO CURATIVO SOB ANESTESIA		Dr. Mano Augusto Cirurgião CRM - 5177/PB
Intubação Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		
Anestesia: 1 () Sim 2 (X) Não		
Evolução do paciente após Ato Cirúrgico:		
1 () Alta 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o NO		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-063



Maria José DE SOUSA
MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria José DE Sousa
MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 703.300 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 15/09/2017

NOME MARIA JOSÉ DE SOUSA

AÇÃO CELESTINO GALDINO ALVES
MARIA AUGUSTA ALVES

NATURALIDADE ITABAIANA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/10/1943

OC ORIGEM CAS. C/ AVERB N.4989 F.013 L.24
CARTORIO ITABAIANA-PB

009.897.694-02

0 +

040 Pessoa - PB

Manoel A. S. Lemos
Chefe do Núcleo de
Ident. Civil e Criminal 19/08/83



DECLARAÇÃO

EU Maria José de Sousa, CPF: 009.097.694-03, com
residência em Rua Joaquim Vieira de Azevedo Nº 14, declaro
que estou solicitando a interdição/embargo do Seguro
DPVAT, em razão do acidente ocorrido em 2º de
dezembro de 2019, na cidade de Itaboraí, no Estado
da Paraíba, conforme a documentação apresentada neste
aplicativo.

Declaro ainda que tenho conhecimento de que poderei
ser responsabilizado civil e criminalmente por
qualquer declaração não verdadeira.

Data: 10/05/2021

Maria José de Sousa.
Assinado:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210152212 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Maria Jose de Sousa **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA EM OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM LESÃO DAS PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P1 / P4 / P8 / P14 / P17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210152212 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Maria Jose de Sousa **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA EM OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM LESÃO DAS PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P1 / P4 / P8 / P14 / P17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123281/21

Número do Sinistro: 3210152212

Vítima: Maria Jose de Sousa

Data do acidente: 29/12/2019

CPF: 009.897.694-02

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Maria Jose de Sousa

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123281/21

Vítima: Maria Jose de Sousa

CPF: 009.897.694-02

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Maria Jose de Sousa

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

Maria Jose de Sousa : 009.897.694-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.